Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

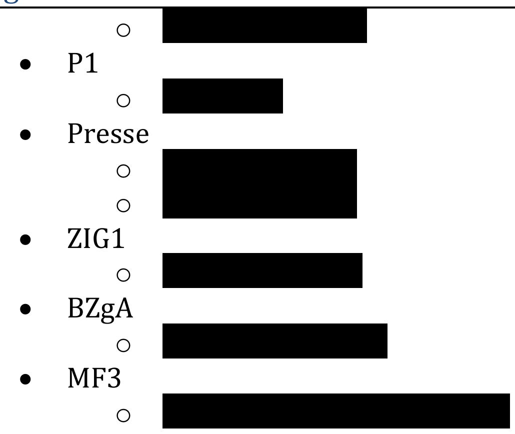
(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*20.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

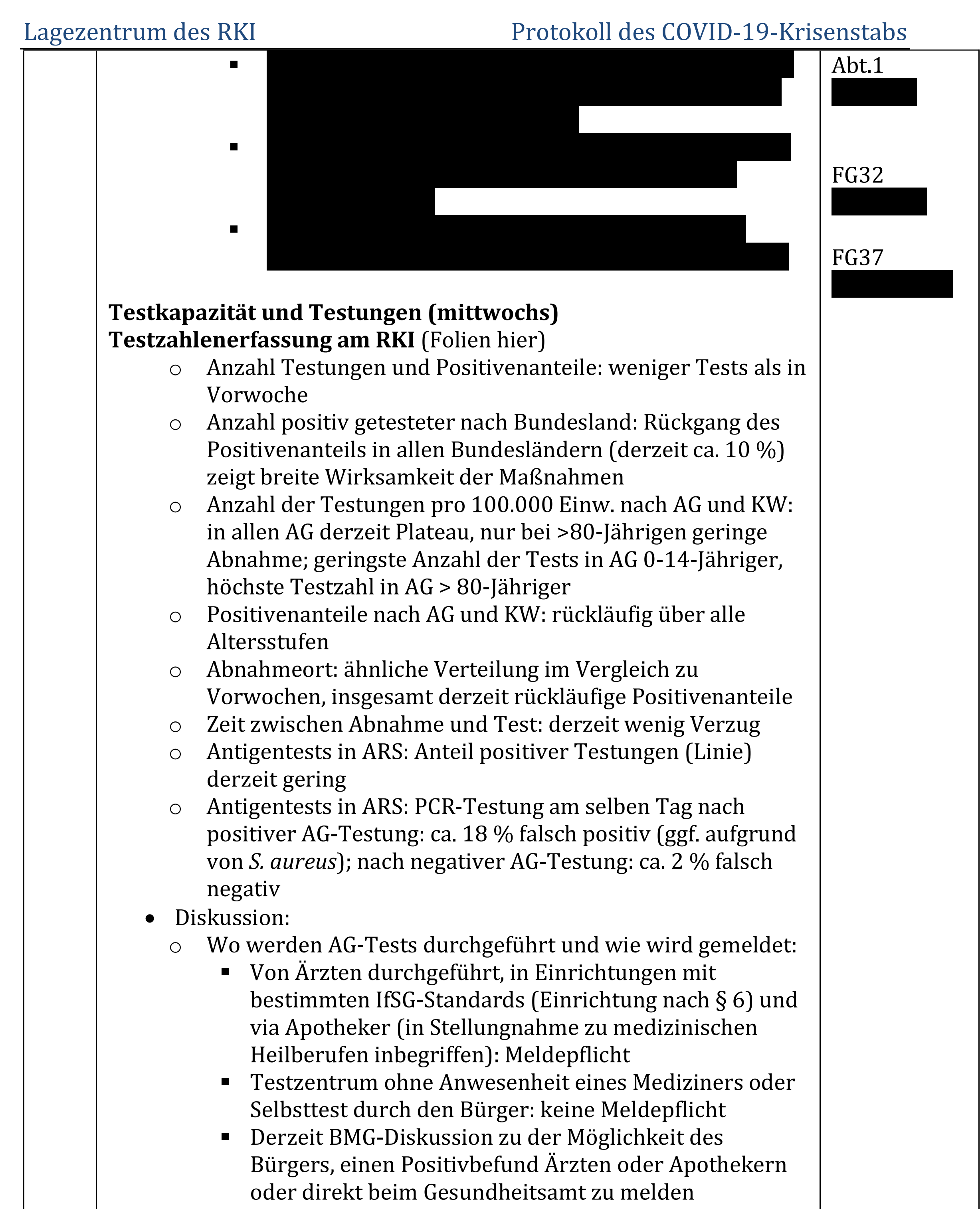
- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF4



- P1
- Presse
- ZIG1
- BZgA
- MF3

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ○ SurvNet übermittelt: 2.068.002 (+15.974) (deutlich weniger als Vorwoche), davon 48.770 Todesfälle (+1.148) (weiterhin sehr hoch), 7-Tage-Inzidenz 123/100.000 Einw. (Rückgang von 10 im Vergleich zu Vortag); ○ 4-Tage-R=0,87; 7-Tage-R=0,87 (deutlich unter 1); ○ Impfmonitoring: 1.195.429 geimpfte Personen insgesamt, seit Vortag + 49.289 erste Impfung; + 13.252 zweite Impfung; ○ ITS: 4.947 (-56): geringerer Rückgang im Vergleich zum Vortag; ○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen: deutlich über dem Bundesdurchschnitt, insgesamt jedoch abnehmende Tendenz ○ Geogr. Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis (LK) ▪ Weiterhin 4 LK > 400 Fälle/100.000 Einw. ▪ Abnahme der Anzahl der LK mit Inzidenz von > 300 bzw. > 200 Fälle/100.000 Einw. ▪ Nur 19 von 412 LK mit Inzidenz < 50 Fällen/100.000 Einw. ▪ Zweite Darstellung: LK mit deutl. Zu- oder Abnahme, viele LK mit im Vergleich zur Vorwoche in etwa halbierten Fallzahlen (grün, Faktor 0.5), zwei LK mit Verdopplung im Vergleich zur Vorwoche (pink, Faktor 2.1 bzw. 2.4) → weiterhin heterogenes Bild ○ 7-Tage-Inzidenz nach AG und MW – Heatmap ▪ In allen AG leichter Rückgang, Hochaltrige weiterhin Inzidenz von > 500 bzw. 600/100.000 Einw. in den letzten 7 Tagen ○ 7-Tage-Inzidenz nach AG und MW	ZIG1 Abt.3

	▪ Über 80-Jährige höchste Inzidenz ▪ Rückgang in allen AG im Vergleich zu Vorwoche ○ Darstellung der gemeldeten COVID-19-Fälle nach Infektionsumfeld ▪ Insert: Ausbrüchen zugeordnete Fälle (farbig) stellen einen lediglich kleinen Teil der Fälle insgesamt dar ▪ Große Darstellung: Ausbrüche mit > 2 Fällen, Verteilung hat sich im Vergleich zu Vorwoche nicht wesentlich geändert ▪ Derzeit ca. 800-900 Alten- und Pflegeheime von 14.000 Einrichtungen insgesamt mit aktuellem und andauerndem Ausbruchsgeschehen und vermutlich sehr hoher Dunkelziffer (Relevanz: Berichte von positiven Fällen im Anschluss an Impfung) ○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Abnahme im Vergleich zur Vorwoche, hier jedoch Verzug um 1-2 Wochen zu beachten ○ Expositionsländer importierter Fälle (Länder mit > 25 Nennungen): ▪ höchste Anzahl an Importen (rot): Polen, Rumänien und Bosnien-Herzegowina ○ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt] ▪ [geschwärzt]	FG37 [geschwärzt] Abt.3 [geschwärzt]



Abt.1

FG32

FG37

Testkapazität und Testungen (mittwochs)
Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier)

- Anzahl Testungen und Positivenanteile: weniger Tests als in Vorwoche
- Anzahl positiv getesteter nach Bundesland: Rückgang des Positivenanteils in allen Bundesländern (derzeit ca. 10 %) zeigt breite Wirksamkeit der Maßnahmen
- Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: in allen AG derzeit Plateau, nur bei >80-Jährigen geringe Abnahme; geringste Anzahl der Tests in AG 0-14-Jähriger, höchste Testzahl in AG > 80-Jähriger
- Positivenanteile nach AG und KW: rückläufig über alle Altersstufen
- Abnahmeort: ähnliche Verteilung im Vergleich zu Vorwochen, insgesamt derzeit rückläufige Positivenanteile
- Zeit zwischen Abnahme und Test: derzeit wenig Verzug
- Antigentests in ARS: Anteil positiver Testungen (Linie) derzeit gering
- Antigentests in ARS: PCR-Testung am selben Tag nach positiver AG-Testung: ca. 18 % falsch positiv (ggf. aufgrund von *S. aureus*); nach negativer AG-Testung: ca. 2 % falsch negativ

- Diskussion:
  - Wo werden AG-Tests durchgeführt und wie wird gemeldet:
    - Von Ärzten durchgeführt, in Einrichtungen mit bestimmten IfSG-Standards (Einrichtung nach § 6) und via Apotheker (in Stellungnahme zu medizinischen Heilberufen inbegriffen): Meldepflicht
    - Testzentrum ohne Anwesenheit eines Mediziners oder Selbsttest durch den Bürger: keine Meldepflicht
    - Derzeit BMG-Diskussion zu der Möglichkeit des Bürgers, einen Positivbefund Ärzten oder Apothekern oder direkt beim Gesundheitsamt zu melden
    - Bei Abgabe von Selbsttests durch Apotheken sollten diese im Sinne ihrer Aufklärungspflicht mitteilen, dass bei einem positiven AG-Test der Hausarzt zur PCR-Bestätigung aufzusuchen ist (kongruent zur CWA, für die bereits etablierte Wege bei der KV existieren)
  - Derzeit 72 Labore in ARS, Limitierung durch Personal und Technik

	To Do: Bitte an [geschwärzt], für die kommende Sitzung der AG Testen die Kommunikationswege von Arbeitsaufträgen an [geschwärzt] als TOP heranzutragen **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien hier) ○ Testkapazitäten zur Zeit nicht voll ausgeschöpft, vergangene Woche ca. 1,1 Mio. Tests (Vergleich Höchststand: 1,6 Mio.), Positivenquote gesunken auf ca. 10,5 %, deutlicher Rückgang in den letzten zwei Wochen ○ Es können wieder mehr PCR Tests durchgeführt werden ○ Proberückstau unproblematisch ○ Aber: ▪ Aspekt der Vorselektion durch AG-Tests nach wie vor schwer einzuschätzen ▪ Materialmangel mit Auswirkung auch auf andere diagnostische Bereiche ▪ „Kannibalisierung" durch unnötige Testungen ist zu vermeiden (bspw. Wiederbelebung Flugverkehr) ○ S-Gen-Ausfälle: von KW52, 2020 bis KW 2, 2021 haben 16 Labore deutschlandweit insgesamt 337 positive Proben mit S-Gen-Ausfall berichtet ○ Sequenzierungsempfehlung dieser Proben: ▪ Derzeitige Kapazität im Haus: ca. 400 Proben pro Woche sofern RNA bereits aufbereitet, ansonsten ca. 200 Proben pro Woche ▪ Dezentrale Sequenzierung daher zunächst anzuraten (gewährleistet durch die VO), es sollen somit zunächst die regionalen Kapazitäten genutzt werden, auch hinsichtlich Verantwortlichkeit ▪ Nur in Ausnahmefällen sind Proben an das RKI zu senden ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] ○ [geschwärzt] **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** (Folien hier) ○ Derzeit 4.827 COVID-19-Patienten auf Intensivstationen behandelt (Stand 20.01.2021) ○ Ca. 2 Wochen <u>nach</u> dem 2. Lockdown (KW 51) zeigt sich in vielen Bundesländern ein erster Rückgang der COVID-19-Fallzahlen auf ICU (Auswirkungen auf ICU zeigen sich i.d.R. erst mit Verzug von ca. 2 Wochen) ○ Sachsen, Berlin, Saarland am stärksten, andere BuLä vergleichsweise gleichmäßig von zweiter Welle betroffen ○ Saarland, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein befinden sich jedoch weiter im Anstieg ○ Zahlen und Belastung weiterhin sehr hoch ○ Ca. 60 % der Intensivbereiche geben an ‚begrenzt' oder ‚komplett ausgelastet' zu sein, Hauptgrund: Personalmangel	Abt. 3 [geschwärzt] MF4 [geschwärzt]

	○ COVID-19-Todesfälle auf ICU mit ca. 200 pro Tag hoch ○ In 9 BuLä Anteil von COVID-19-Patient*innen an Intensivbetten zwischen 20-30 % (jedes 4.-5. Bett) ○ Freie Kapazitäten stagnieren aktuell auf niedrigem Niveau, in 10 BuLä weniger als 15% freie Kapazitäten vorhanden ○ SPoCK: derzeitige Prognose einer möglichen weiteren Stabilisierung der Lage, v.a. in stark betroffenen Ländern ○ Diskussion: ▪ Anfängliche Kapazitätseinschätzungen der Einrichtungen anfangs optimistischer, jedoch viele Verlegungen (→ Korrektur) und Kapazität sinkt nicht linear (Belastung durch gestiegenen Behandlungsbedarf → Personalausfall) ▪ Einschränkungsursachen durch DIVI abgeprüft: Verfügbarkeit von Beatmungsgeräten wird ermittelt, die Verfügbarkeit von Sauerstoff jedoch nicht (bei STAKOB noch nicht thematisiert) • **Syndromische Surveillance** (Folien hier) ○ GrippeWeb: nach Erwachsenen und Kindern bis 14 Jahre aufgetrennt, ARE Raten sehr niedrig (vergleichsweise wie im Frühsommer), bei Kindern schon vor Jahreswechsel niedriger Stand, bei Erwachsenen bis 2. KW weiter abgesunken ○ ARE-Konsultationsinzidenz im Vergleich zu 1. KW weiterer deutlicher Abfall (dunkelblaue Kurve), in 2.KW ca. 630 ARE-Konsultationen /100.000 Einw. (absolut: ca. 520.000 Konsultationen insgesamt), um Jahreswechsel ähnliche Entwicklung wie in Vorjahren, in 2. KW deutlich niedrigere Werte, v.a. bei 0-14-Jährigen ○ SARI-Fälle: in AG 80+ Jahre weiterhin sehr hoch (vergleichbar mit Höhepunkt Grippewelle der Vorjahre), in AG 60-79 Jahre leicht zurückgegangen (hoch, aber vergleichbar zu Vorsaisons), in AG 35-59 vergleichbar zu Vorsaisons, in AG 15-34 etwas niedriger als Vorsaisons, in AG < 15 Jahre seit KW 40/2020 extrem niedrige Fallzahlen ○ SARI-Fallzahlen insgesamt stabil, auf Niveau der Vorsaisons, aber AG < 15 Jahre weiter extrem niedrige, AG 35+ hohe bis sehr hohe Fallzahlen, AG 80+ bleibt als einzige Altersgruppe auf sehr hohem Niveau ○ Anteil COVID-19 Patienten an SARI: leichter Rückgang in KW 1/2021 (65 %, Vorwoche 70 %) bei stabilen SARI-Fallzahlen (seit 3 Wochen)	FG36
2	**Internationales** **(nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle

	• Wording sollte kommende Woche auf Aktualität überprüft werden	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht besprochen **Presse** • Termine Präs: heute ausländische Presse, Freitag Bundespresse-konferenz, für folgenden Townhall ggf. Unterstützung nötig • Masken-FAQ: Begrifflichkeit der „medizinischen Maske" soll eingeführt bzw. erläutert werden, bereits Nachfragen dazu, [redacted] [redacted] arbeitet diese Änderung ein	BZgA Presse [redacted] Präs
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Modellierungsstudie (mittwochs)** • Nicht besprochen **MPK Beschluss** • Punkt 12: Unterstützung der Länder durch den Bund darin, Studierende hinsichtlich SORMAS zu schulen, sodass diese in den Semesterferien die KP-Nachverfolgung unterstützen können ○ Gesundheitsämter könnten durch diese zusätzlichen Personen eher Belastung erfahren ○ Hinweis an das BMG auf die bereits erfolgende Unterstützung der Gesundheitsämter durch das RKI über den Einsatz von 800 Containment Scouts erfolgt → Bitte von [redacted] an das RKI um einen Bericht dazu bzw. zu deren Management, [redacted] nimmt [redacted] [redacted] mit in Abstimmungsschleife • [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] ○ [redacted] → [redacted]	Alle Abt. 3 [redacted]

<table>
<tr><td></td><td>
Bei SurvNet sind lediglich ca. 1/3 der Ämter noch anzuschließen
Erstellung einer erklärenden Grafik, die zentral platziert wird (Grafik bis morgen erforderlich, cave: Sachsen bspw. nutzt anderes System als SurvNet)
b) RKI-intern
Ministergespräch – CompuGroup
Vertreter des RKI wurden seitens BMG gebeten, an Folge-gespräch teilzunehmen
Teilnehmende: [redacted] sowie ggf. ein Mitarbeitender aus ZBS1 für labortechnische Fragestellungen (Anfrage wird weitergeleitet)
Im Gespräch soll der sachliche und faktenbasierte Hinweis auf die bisherigen Kritikpunkte erfolgen sowie die Bitte darum, dass keine Parallelstrukturen aufgebaut werden (siehe SORMAS)
</td><td>FG24 [redacted]</td></tr>
<tr><td>7</td><td>
Dokumente
Handlungsanleitung CorSurV – Verfahren zur Auswahl und Einsendung von Proben
Für Labore (Dokument hier)
VO regelt, dass bis zu 5 % der Proben, die in letzter KW bei primärdiagnostizierendem Labor einge-gangen sind, sequenziert werden sollen, geregelte Vergütung
Kriterien Probenauswahl – zwei Gruppen: 1) Gesamt-gruppe aller Proben und 2) Proben aufgrund eines Verdachtes auf eine variant of concern (VOC)
Strang A: Sequenzierung vornehmlich aus zufälligen Proben um regelkonforme Surveillance zu gewährleisten (Vermeidung einer Bias durch Auswahl auf Verdacht) – hier kann ggf. ein Tool zur zufälligen Auswahl zur Verfügung gestellt werden
Strang B: Sequenzierung bei Verdacht auf Vorliegen einer Variante nach festgelegten Indikatoren
Ggf. Rückfragen an Diagnostikexperten ob Empfeh-lung hinsichtlich Ct-Werten sinnvoll
Darlegung der Durchführung und Informationsüber-mittlung via DESH, DEMIS, IMS ID, Verknüpfung von Sequenzierdaten mit Meldedaten, siehe Grafik S. 4
Für Gesundheitsämter (Dokument hier)
Probenauswahl und Beauftragung der Sequenzierung
Auswahl: ausschließlich beschränkt auf Verdacht – keine zufällig ausgewählten Proben
Indikatoren identisch (s.o.)
Beauftragung der Sequenzierung durch das Gesundheitsamt beim primärdiagnostizierenden Labor
</td><td>FG36 [redacted]</td></tr>
</table>

	○ Diskussion: ▪ Abrechnungsmissbrauch: in VO ist Abrechnung via KV vorgesehen, retrospektiv überprüfbar, rechtliche Handhabe ▪ Abrechnung kann jedoch nicht Anzahl der eingesandten Sequenzen überprüfen, ggf. Transportkosten als Zusatzkriterium → (Quittierungs)Mechanismus in Phase 1 einzubringen ▪ Konsiliarlabor hier nicht direkt involviert (hier Fokus auf Sequenzierung), in Grafik ggf. gestrichelter Pfeil zu integrierter molekularer Surveillance/ Konsiliarlabor sinnvoll, zuvor jedoch Abstimmung mit entsprechenden Parteien nötig *To Do: Bitte an ███ um Ergänzung eines Satzes dazu, dass das System das andere ergänzt und zur Verdeutlichung der Zusammenarbeit mit dem KL (ggf. Satzbaustein aus FAQs verwenden)* ▪ Schwellenwert: Ct < 25 sollte enthalten sein ▪ Ct korreliert mit Infektionsstadium, somit sollte keine Verzerrung in epidemiologischer Hinsicht erfolgen, zumal für Sequenzierung wertvoll (Ausschluss fälschlicher Proben durch niedrigen Ct-Wert) *To Do: Veröffentlichung der Dokumente morgen bzw. spätestens bis Ende der Woche, via Labornetzwerk und Homepage*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • SARS-CoV-2 Integration in Genom, Implikation für mRNA-Impfstoffe (Dokument hier) ○ Qualität des Preprints noch nicht beurteilbar, da Review ausstehend (bislang Veröffentlichung auf Preprint-Server) ○ Artefizielles System als Grundlage, daher reale Bedeutung fraglich, soweit kein Befund einer Relevanz für die Impfung • Labordiagnostik NRZ Influenza ○ Probenaufkommen in etwa vergleichbar mit Vorwoche ○ Von ca. 75 % der Praxen trotz Einsatz eines Kurierdienstes lediglich jeweils eine Probe eingeschickt (Grundanforderung: 3 Proben) ○ Es sollen somit 50 neue Praxen rekrutiert werden ○ Nachweisrate: auch hier Rückgang: 10 % SARS-CoV-2-positiv, Rhinoviren weiterhin auf niedrigem Niveau ○ Erstmals Nachweis von Parainfluenza und NL63 (saisonale Coronaviren) seit langer Zeit ○ Influenza: keine Nachweise seit Lockdown ○ RespVir: identische Ergebnisse hinsichtlich Influenza und NL63	FG17/ZBS1 ███ Präs FG17 ███
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • AK-Auslieferung für 4. KW wird stattfinden	IBBS



	• COVRIN Fachgruppe: Anfrage zu Vitamin D und Ivermectin: Bericht für Kliniker wird erstellt, da berechtige Fachfragen • Weiterfinanzierung Beratungsnetzwerk für Behandlung • Webseminare wiederaufgenommen: v.a. zu besonderen Fallbesprechungen, intensivmedizinischer Behandlung • Vitamin D: Textbaustein zu PH Prävention wird erscheinen, wird morgen im Expertenbeirat Influenza diskutiert Entlassungsmanagement hinsichtlich neuer Varianten • Derzeit noch kein Anlass zur Änderung • • Immunsuppression: Zusammenhang mit Prädisposition der Entwicklung von Mutationen und relevante Ausscheidung von > 10^6 über 60 Tage • Kriterien für KP1/KP-Management und Quarantänedauer ggf. anzupassen, wenn höhere Übertragbarkeit und Zirkulation neuer Varianten nachgewiesen, derzeit jedoch gering belastbare Datenlage, daher hier zunächst Fokus auf stringente Durchführung der Maßnahmen des KP-Managements • Korrelation zwischen Menge und Infektiosität bzw. Kopplung der Faktoren „Zeit" und „klinische Besserung" als Indikator für Überwindung der Infektion auch auf neue Variante anwendbar • *To Do1: Ggf. über STAKOB gezielt um Proben immunsupprimierter Patienten bitten, Rücksprache mit* *To Do2: Formulierung im Entlasspapier zur Einzelfallbeurteilung und Virusanzucht bei Immunsuppression bitte ergänzen um „und ggf. sequenzieren" nach Rücksprache mit*	 FG38
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • COVID-19/Obdachlosigkeit (Freitag)	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG37 FG36

	• Fehlende Aktivität neutralisierender AK bei afrikanischer Variante (E-Mail an ZIG zu Ausführungen seitens CDC) • Preprint dazu: https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.01.18.427166v1.full.pdf • Mögliche Konsequenz für Impfung, Reinfektion, T-Zell-Immunität: noch keine belastbare Datenlage bzw. epidemiologische Erfahrung im Feld *To Do: Bitte an [geschwärzt] um Einschätzung und Bitte an [geschwärzt] um Zusendung einer Bitte um Einschätzung an das PEI*	
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen bzw. jeweils s.o.	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 22.01.2021, 11:00 Uhr, [geschwärzt]	